ESSAI

SUR LES TUMEURS STERCORALES.

65.
7.

TRIBUT ACADÉMIQUE,

Présenté et publiquement soutenu

à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 12 JUIN 1837,

Par Juan-Francisco-José BAUZA,

de Palma, île de Majorque (*Espagne*),

Ex-chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille; Membre-fondateur de la Société Médico-Chirurgicale de Montpellier; ancien Élève de l'École pratique et des opérations chirurgicales de la même ville, Médecin d'un des bureaux sanitaires établis à Marseille pendant le choléra de 1835;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

> Il y a de quoi frémir, en voyant que des chirurgiens ont voulu plonger des instrumens dans des tumeurs stercorales, qui ont été guéries par l'huile de ricin.
>
> *Page 24.*

Montpellier.

Imprimerie de BOEHM et Ce, et Lithographie, boulevard Jeu-de-Paume.

1837.

A MI CARO PADRE,

MI MEJOR AMIGO.

Su hijo reconocido.

J. BAUZA.

AVANT-PROPOS.

Sur *quoi ferai-je ma Thèse? Telle est la question que je m'adresse depuis fort long-temps. Placé pendant trois ans comme chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu d'une des villes les plus populeuses de la France, Marseille; après avoir exactement suivi les visites et cliniques de deux professeurs justement célèbres, Delpech et M. Latiemand, j'ai été à même de voir et d'observer une foule de cas intéressans; des opérations chirurgicales de toute espèce ont été pratiquées sous mes yeux, ce qui m'a fourni l'occasion de comparer les dangers et les résultats de cette quantité prodigieuse de méthodes et de procédés qui se font la guerre mutuellement, pour obtenir l'honneur d'une exclusion chimérique; j'ai été témoin de deux graves épidémies cholériques qui ont ravagé la belle Marseille; et, malgré tout cela, en parcourant les matériaux et les faits que j'ai pu recueillir pendant six ou sept ans, je me sens plus embarrassé que jamais pour me décider à choisir pour mon dernier acte probatoire, tel sujet plutôt que tel autre. Néanmoins, quelques observations qui me sont propres sur les tumeurs stercorales, et quelques autres que j'ai recueillies dans les Annales de la science, m'ont fait préférer ce sujet pour la composition de ma thèse. C'est un point*

de pathologie chirurgicale qui n'a pas beaucoup appelé, je pense, l'attention des hommes de l'art, et qui, en conséquence, est loin d'être suffisamment traité, approfondi, malgré la fréquence des cas qui se présentent journellement dans la pratique.

Ces tumeurs ont été prises si souvent, tantôt pour des abcès, tantôt pour des douleurs néphrétiques ou maladies des reins, même pour des squirrhes, etc.; elles ont donné lieu à des méprises si graves de la part des chirurgiens, sous le rapport thérapeutique, comme j'espère le prouver dans mon travail, qu'il me semble qu'on ne saurait trop établir les signes qui les caractérisent, afin d'éviter les erreurs de diagnostic auxquelles elles donnent naissance, erreurs qui compromettent la vie des malades et la gloire de l'art.

On a peine à croire qu'un pareil sujet n'ait pas fixé, d'une manière toute spéciale, l'attention des chirurgiens. Ce que je puis affirmer, c'est que je n'ai rien trouvé d'écrit sur une pareille matière. Aucun travail n'a été fait, que je sache, pour étudier les tumeurs stercorales, sous le point de vue de diagnostic différentiel. La thèse de M. Raciborsky, soutenue à Paris en 1834, *n'a pas été faite, ce me semble, dans cet esprit, et bien moins encore l'article* Tumeur stercorale, *dans le dernier volume du Dictionnaire en* 15 vol., *comme il est facile de s'en convaincre par leur lecture. Il y est bien dit qu'on s'est mépris souvent sur leur nature; mais, quels efforts a-t-on faits pour prévenir ces erreurs? Je me suis proposé ce but; loin de moi l'idée de l'avoir atteint. Livré à moi-même, sans guide, sans conseil, manquant même du temps nécessaire pour mûrir mon travail, si je n'ai pas réussi, je me serai du moins occupé d'un sujet entièrement nouveau pour moi.*

Mon intention a été de traiter seulement des tumeurs stercorales externes, *de celles, en un mot, qu'on peut apercevoir à la simple inspection du malade. Heureux, sept fois heureux, si mes efforts méritent l'approbation de mes juges et maîtres!*

ESSAI

SUR LES

TUMEURS STERCORALES.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Tumeur stercorale dans la fosse iliaque gauche, prise pour un épanchement partiel du péritoine, puis pour un abcès; traitement antiphlogistique; persistance de la tumeur; purgatifs; guérison.

Le nommé Berton (Jacques-François), âgé de 30 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, ouvrier, entra, dans le courant du mois de janvier 1836, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour des coliques dont il se plaignait depuis quatre ou cinq jours. Voici ce que j'appris et observai la première fois que je le vis, le quatrième jour de son entrée à l'hôpital. Le malade portait une tumeur du volume d'un gros œuf de poule à la partie antérieure, inférieure et gauche de l'abdomen, entre l'ombilic et la fosse iliaque de ce côté, un peu plus rapprochée de celle-ci; la base de la tumeur était très-large et se continuait insensiblement avec l'épaisseur des parois abdominales; le sommet était peu proéminent, sans changement de couleur à la peau, indolore à la pression, s'inclinant un peu à droite ou à gauche, selon la position que prenait le malade, sans fluctuation, et affectant une direction oblique de haut en bas, de gauche à droite et de dehors en dedans. Des sangsues y avaient été mises, suivies de fomentations et de cataplasmes émolliens.

A l'examen de cette tumeur, je commençai à douter de la justesse du diagnostic qui avait été porté; mais, voulant m'assurer de plus près de quoi il était question, j'interrogeai le malade qui me dit être habituellement constipé, que parfois il restait quatre ou cinq jours sans aller à la selle, et que, lorsqu'il y allait, c'était ordinairement avec beaucoup de peine et d'efforts, au point de rendre du sang par le fondement; qu'il n'avait pas été à la garde-robe depuis cinq ou six jours, et qu'il souffrait de coliques violentes. Quant à ses autres fonctions, elles s'exerçaient bien, et le malade ne présentait aucun de ces phénomènes morbides qui désignent une maladie aiguë ou grave. Son appétit avait un peu diminué.

Le lendemain, à la visite, je crus devoir faire part de mes réflexions à M. Dugas, et lui dire que je ne voyais, dans une pareille tumeur, qu'un amas de matières fécales arrêtées dans l'intestin : ce médecin en chef lui prescrivit deux onces d'huile de ricin, quoiqu'il semblât ne pas partager entièrement ma manière de voir. A la suite de ce purgatif, des évacuations assez abondantes eurent lieu; elles soulagèrent considérablement le malade. Le volume de la tumeur diminua un peu. Quelques jours se passèrent ainsi; et comme le malade ne fut pas tout-à-fait traité comme s'il n'avait eu qu'une tumeur stercorale, qu'on lui donnait à manger, etc., il arriva que la tumeur tantôt augmentait, tantôt diminuait de volume; les lavemens parfois étaient gardés, parfois étaient rendus; néanmoins, l'état général était assez satisfaisant. Enfin, M. le Professeur, voyant que la tumeur persistait toujours, crut devoir s'aider des lumières des autres médecins et chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, et cette consultation eut lieu quinze ou vingt jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

M. Cauvière fut tellement embarrassé pour porter un diagnostic, qu'il avoua franchement ne pas connaître la nature de la tumeur, et il ajouta : *Il me serait plus facile de dire ce qui n'est pas, que ce qui est.* M. Reymonet, chirurgien en chef, diagnostiqua une tumeur *extra-péritonéale.* Je passerai sous silence beaucoup de détails minutieux, pour rendre compte de la seconde consultation qui eut lieu, au bout d'un certain temps. Je dois remarquer, cependant, ce qui suit : La tumeur avait considérablement augmenté de volume, elle affectait toujours la même direction; le malade souffrait de la pression qu'on exerçait; des vents

s'échappaient par le fondement, quand on la comprimait; tantôt elle était sonore à la percussion, tantôt elle rendait un son mat; son volume n'était pas constamment le même; une fluctuation manifeste s'y laissait sentir; il y avait un soulagement considérable, lorsque le malade allait à la selle; les matières qu'il rendait, que je ne manquai pas d'examiner, étaient de vrais crottins, durs, globuleux, remplis de graines de figues; il y avait quelquefois des vomissemens; le malade me disait avoir la sensation de boules qui cheminaient péniblement et non sans douleur, d'un point à un autre; la fièvre s'était allumée, la face un peu grippée; en un mot, l'état général du malade n'était plus aussi rassurant qu'auparavant. Malgré ce cortége de symptômes, je demeurai toujours convaincu que le malade n'avait qu'une tumeur stercorale, plus les suites qu'elle avait pu amener depuis le moment de son apparition.

MM. les médecins et chirurgiens en chef, dans leur seconde consultation, furent généralement d'accord sur la nécessité de ponctionner la tumeur, afin de donner issue au liquide qu'elle contenait.

Il fallait bien que les raisons sur lesquelles je m'appuyais fussent très-péremptoires et très-évidentes, pour oser m'opposer à l'avis de toute l'élite de la médecine et de la chirurgie marseillaise. Je ne perdais pas de vue mon malade; je le suivais avec un intérêt tout particulier en tâchant de gagner sa confiance et son attachement; eh bien! voici les confidences que Berton me fit huit ou dix jours après notre première entrevue, confidences que je m'empressai de communiquer à M. le Professeur, qui parut en être informé. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la veille de l'apparition de la tumeur, le malade, pressé par la faim, avait eu l'imprudence de manger, vers sept heures du soir, deux galettes et deux livres de figues sèches, et cela après avoir gardé un régime assez sévère. Une forte indigestion survint; le malade ne put pas vomir; la nuit fut très-orageuse; les coliques augmentèrent horriblement: le lendemain matin on vit paraître la tumeur.

Pour en finir avec cette longue observation, j'ajouterai qu'on évacua le malade pour la salle des blessés, où M. Chastan, alors chirurgien en chef de service, reconnaissant l'existence d'un liquide par la fluctuation, était sur le point de plonger un trois-quarts dans la tumeur; mais, à la suite de

quelques observations que je crus devoir lui faire, des purgatifs par le haut et par le bas furent prescrits et continués pendant quelques jours, et le malade, après des évacuations alvines très-aboudantes, vit disparaître tout-à-fait sa tumeur, et échappa ainsi au danger affreux auquel allait l'exposer une plaie pénétrante de l'abdomen, avec perforation de l'intestin.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale au flanc droit, prise pour une néphrite, puis pour un abcès.

Lanvin, menuisier, âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, fit appeler M. Ducos, le 24 juillet 1828. *Il était atteint d'une néphrite aiguë*, caractérisée par une douleur très-vive dans la région du flanc droit, qui se propageait le long de l'uretère jusqu'à la vessie. Rétraction douloureuse du testicule du même côté, soif modérée, urine rouge, peu de fièvre (25 *sangsues sur la partie douloureuse; chiendent gommé; diète*). Le lendemain, point de diminution de la douleur locale, soif et chaleur plus intenses, pouls très-fréquent et développé (25 *sangsues; même prescription*). Le soir, ténesme au col de la vessie, avec douleur et impossibilité d'uriner; tuméfaction sus-pubienne (*Bain général; potion calmante*). Le 26, tous les accidens du côté de la vessie avaient disparu, et la douleur rénale avait sensiblement diminué. *Le malade n'ayant pas été à la selle depuis quatre ou cinq jours avant l'invasion de la maladie*, les voies digestives ne présentant d'ailleurs aucun point d'inflammation, M. Ducos prescrivit une once d'huile de ricin. Ce laxatif fut rejeté par un vomissement. *Dès ce moment parut une gastrite*, et toutes les boissons furent également rejetées.

Le 27, douleur très-aiguë à la région épigastrique; vomissemens provoqués par la plus petite quantité de boissons (20 *sangsues à l'épigastre; eau de gomme*). Le soir, état d'anéantissement alarmant avec délire, que M. Ducos paraît attribuer au temps orageux qu'il avait fait dans la journée. Demande d'une consultation pour le lendemain.

Le 28, la nuit avait été assez calme; *la gastrite avait disparu;* la

douleur du flanc persistait toujours avec la même intensité ; tuméfaction dans cette région ; ventre souple dans le reste de son étendue (*Lavement purgatif*). Il y eut plusieurs selles, et par suite un dévoiement qui dura plusieurs jours (*Bain*). Le 29, par suite d'une consultation, *application de* 30 *sangsues sur la tumeur qui était sensiblement augmentée ; cataplasmes ; fomentations émollientes.* Le 30, la douleur, momentanément diminuée, reparaît dans toute son intensité ; tumeur augmentée ; ventre toujours souple (*Bain d'une heure et demie ; lavement émoll.*). Le 31, progrès toujours croissant de la tumeur (30 *Sangsues ; même prescription*). Le 1er août, même état ; tumeur toujours très-douloureuse ; pouls très-dur, plein, incompressible (*Saignée au bras de* 16 *onces ; même prescription*). Le 2, même état ; la tumeur continue à faire des progrès (30 *sangsues ; même prescription*). Les 3, 4, 5, *cataplasmes maturatifs ;* la tumeur toujours très-douloureuse et résistante était de forme ovale ; son grand diamètre, de cinq pouces environ, était vertical ; le petit, de trois pouces, transversal ; le centre correspondait à l'endroit où l'on plonge le trois-quarts dans l'hydropisie ascite (*Même prescription ; moins les sangsues*). Le 6, même état de la tumeur ; le centre un peu fluctuant. Il parut indispensable de pratiquer une ouverture à la tumeur ; mais, avant de procéder à cette opération, M. Dardonville proposa d'administrer un laxatif, *pour s'assurer si le canal intestinal serait parfaitement libre dans toute son étendue, afin que le liquide purulent prît un libre cours, dans le cas où l'abcès viendrait à percer l'intestin* (*Huile de ricin, une once ; sirop de guimauve, une demi-once ; sirop diacode, deux gros*). Le malade prit cette potion, par cuillerées, dans la journée et le soir. Durant la nuit, il y eut des évacuations alvines extrêmement abondantes, dures et d'une apparence argileuse. Le lendemain 7, la tumeur avait presque totalement disparu ; il n'y avait plus de douleur ; en un mot, le malade se trouva guéri, à la faiblesse près. Le 8, il n'existait plus aucune trace de l'abcès présumé ; l'appétit devint vif. Le 15, le malade partit pour la campagne, et un mois après, il reprit ses travaux accoutumés. (*Journal général de médecine ; juin* 1829.)

Les observations analogues à celle qui précède n'existent pas en grand

nombre dans les livres de médecine, et cependant les faits de la nature de celui-ci ne sont pas extrêmement rares. Ils ont donné lieu plus d'une fois à de graves erreurs. J'en sais un dans lequel les médecins, incertains de la nature de la maladie, appliquèrent le caustique sur la tumeur, et déterminèrent la formation d'un anus contre nature qui amena la consomption et la mort. Dans celle qu'on vient de lire, n'est-ce pas à une circonstance presque fortuite que le malade a dû d'être préservé des suites qui auraient pu résulter d'un traitement semblable ? (*Archiv. gén. de méd.* ; tom. XX, pag. 581 et suiv.)

TROISIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale au-dessus de l'ombilic, prise pour un squirrhe, etc.; mort. Tumeurs stercorales; intestins rassemblés en peloton (1). (Morgagni; épît. 39.)

Fortuné Mauroceni, évêque de Trévise d'abord et de Bresse ensuite, après avoir été soumis à une affection hypochondriaque avec flux hémorrhoïdal très-irrégulier et à des fièvres intermittentes à diverses reprises, ressentit, pour la première fois, une dureté et une tumeur dans le ventre, qui fut traitée par des purgatifs et autres médicamens, afin de provoquer des évacuations, le malade ayant une grande répugnance pour les clystères. Des vomissemens très-opiniâtres survinrent ; les remèdes, les alimens, les liquides, tout était rendu sans pouvoir l'empêcher par aucun moyen.

Les médecins qui le traitaient, effrayés par ces symptômes et surtout par la tumeur, demandèrent une consultation. Cinq médecins s'assemblèrent, parmi lesquels se trouvait l'illustre Morgagni ; et voici comment s'explique cet observateur profond : « Nous trouvâmes le malade couché dans son lit, où il était retenu déjà depuis quelques jours, la face et les membres exténués, les chairs tièdes comme celles des personnes en bonne santé, et le pouls un peu trop fréquent. Ses médecins nous assurèrent que ces deux derniers

(1) Cette observation étant très-longue, je crois devoir la réduire, sans toutefois rien omettre d'intéressant.

symptômes étaient toujours les mêmes, si ce n'est que la fréquence du pouls augmentait un peu vers le soir et pendant la nuit. Nous demandâmes principalement à examiner la tumeur avec soin.

» Au jugement, non-seulement du toucher, mais encore de la vue (car elle tombait aussi sous ce dernier sens), elle formait une circonférence dont le diamètre avait huit travers de doigt; elle était située à la partie moyenne, entre le cartilage xiphoïde et l'ombilic, de telle sorte qu'elle se trouvait peu éloignée de l'un et de l'autre (telle était la proéminence du ventre devenu gras); elle s'élevait un peu de sa circonférence vers son centre, et la couleur de la peau qui la couvrait, était la même qu'ailleurs. Si on la maniait, on sentait une tumeur inégalement tuberculeuse dans toute sa surface et dans sa circonférence même, comme si elle était composée de corps glanduleux; ce qui semblait encore confirmé par la résistance qu'elle opposait à la pression. Quand on la pressait, et que le malade était tourmenté par des vents, il se développait dans la tumeur un sentiment de douleur, qui toutefois n'était pas violente: hors ce cas, le malade ne se plaignait que d'un certain obstacle, et d'un malaise fixe, mais léger. En embrassant les côtés de la tumeur avec mes deux mains, je l'amenais facilement d'un côté et d'autre. Il n'était pas difficile d'ailleurs de reconnaître qu'elle n'existait pas dans les parois du ventre, mais qu'elle en était néanmoins très-peu éloignée. En explorant soigneusement avec la main ce qui était au-dessus, au-dessous et sur les côtés de la tumeur, je sentis, autant que la chose était possible, à travers la graisse intermédiaire de l'abdomen, qu'il n'y avait rien de dur, rien d'inégal, rien qui produisît du malaise à la pression. Après avoir pris une connaissance suffisante de toutes les autres circonstances sur lesquelles on croyait devoir prendre des informations, nous nous retirâmes pour prendre conseil entre nous. »

Le médecin qui présidait au traitement, prit la tumeur pour un squirrhe siégeant, soit sur le mésentère, soit sur l'épiploon, ou bien sur le pancréas (1), et désigna pour cause des vomissemens opiniâtres qui avaient lieu, une excroissance au pylore, qui s'opposait au passage des alimens. Quant au traitement, il proposa d'appliquer le cérat de Nuremberg sur la tumeur,

(1) Il avait vu le pancréas derrière la paroi antérieure de l'abdomen.

afin d'éviter la suppuration , et relativement aux remèdes internes, il conseilla les incisifs et les dissolvans les plus énergiques, de violens drastiques, et tout ce qui pourrait exciter la sécrétion des urines.

Les deux autres médecins qui suivirent, adoptèrent à peu près cette opinion sur la nature et le siége de la tumeur ; l'un d'eux ajouta que le foie et la rate étaient, en outre, obstrués : leurs avis sur les remèdes à administrer furent différens.

Voici quelle fut l'opinion de Morgagni. Il attribua la cause de la tumeur à la moins grande facilité du mouvement du sang de la veine-porte , ce qu'on pouvait déduire de l'habitude de rester long-temps assis, de l'affection hypochondriaque, du flux hémorrhoïdal ; qu'ainsi, le ralentissement de ce mouvement avait produit des irritations, des crispations, des douleurs, et enfin un commencement de tumeur, dans quelqu'une des parties par lesquelles le sang revient pour être reçu dans cette veine, ce qui semblait lui donner la raison des symptômes éprouvés par le malade. Pour ce qui est du traitement, il conseilla surtout de consulter la sensibilité de l'estomac du malade, et de ne lui donner que ce qu'il pouvait garder ; etc. , etc.

Le dernier médecin (qui était un professeur déjà vieux et célèbre) admit la même nature de la tumeur que tous les autres; mais, ne lui reconnaissant d'autre siége que celui du mésentère, il recommanda les alimens médicamenteux, la vipère, en condamnant les purgatifs et les remèdes violens.

Pour ce qui concerne le pronostic, tous furent d'accord sur l'incurabilité de la maladie.

Le malade prit de la rhubarbe ; des lavemens le soulagèrent, en procurant la sortie d'excrémens ; les vomissemens cessèrent pendant deux jours : l'espoir de le sauver se ralluma. Mais, ayant reparu de nouveau, les symptômes furent encore plus fâcheux qu'auparavant; la maigreur augmentait de jour en jour, les forces diminuaient, le malade approchait de sa fin. Il se plaignait tantôt de froid, tantôt de chaud. La respiration fut toujours bonne. Le pouls n'avait jamais été dur, ni intermittent, ni inégal en aucune manière; mais il était devenu très-fréquent dans les derniers jours, et si petit que l'un des médecins crut qu'il était déjà éteint. Il s'y joignit des soubresauts convulsifs des tendons, et par intervalles, une espèce de délire très-léger. Les vomissemens persistèrent ces mêmes derniers jours;

leur matière était une humeur amère extrêmement fétide, et tellement noire que quelques personnes pensaient que c'était du sang; mais du papier qu'on y trempa fit voir, après qu'il fut sec, que c'était de la bile d'une couleur verdâtre, mêlée d'un jaune affaibli. Enfin, le 25 juin, l'évêque expira paisiblement et avec toutes ses connaissances.

Examen du cadavre. — L'abdomen contenait trois livres d'une sérosité sanguinolente. Les intestins, très-adhérens entre eux, qui formaient la tumeur, étaient presque remplis d'une matière semblable à celle des excrémens, quand ils ne sont pas très-mous, dans les gros intestins, ainsi que nous le reconnûmes en disséquant un de ceux-là; en sorte qu'il était évident que, à raison du séjour de la matière qui a coutume de descendre promptement dans les gros intestins, et des vents qui s'y étaient joints, la tumeur avait pu être rénitente au toucher, comme nous l'avions observé pendant la vie. Mésentère parfaitement sain; épiploon refoulé vers la partie supérieure du ventre par les intestins grêles, inaccessible au toucher, squirrheux; antre du pylore rempli de tubercules; tuniques de l'estomac dans ce point et au commencement du duodenum squirrheuses; tout le reste sain. On ne sait pas l'état du pancréas, que la mauvaise odeur du cadavre et l'heure avancée de la nuit empêchèrent d'examiner.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale hypogastrique, prise pour un squirrhe; mort.

Un Moine de la communauté de Saint-François, qui se trouve dans mon pays, présentant les indices d'une ascite médiocre, éprouva tout-à-coup des vomissemens abondans, qui semblaient avoir désempli le ventre, si ce n'est qu'il se manifesta à l'hypogastre une tumeur d'une dureté telle qu'on la croyait squirrheuse. La compression de cette tumeur, exercée avec les mains, chassait des vents par en bas. Le vomissement persistait; et comme il s'y était joint des nausées continuelles et incroyables, et un serrement du ventre insurmontable, des excrémens, ou du moins une matière qui leur était très-semblable, commença enfin à être vomie. C'est pourquoi, bien

qu'il ne fût survenu aucune douleur, ni aucun signe d'inflammation dans le ventre, le malade succomba à cette affection.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, les intestins étaient très-livides, sans cependant être putréfiés. Les intestins grêles, entrelacés d'une manière étonnante dans une certaine partie de leur trajet, et réunis entre eux au moyen de nœuds composés d'une substance ferme et dense, comme tendineuse et presque cartilagineuse, formaient cette tumeur, qui était si dure, non-seulement à cause de cette substance intermédiaire qui servait d'union, mais encore à raison des matières fécales dont les intestins étaient remplis, et qui avaient la forme d'espèces de petits globules. Des globules de la même nature n'existaient pas seulement à cet endroit, mais aussi dans la partie voisine de l'intestin colon, qui devenait imperméable dans un certain trajet, un peu avant de se terminer au rectum. En l'incisant dans ce trajet, nous le trouvâmes composé de fibres, non pas blanchâtres, mais entièrement charnues. Du reste, l'estomac était un peu livide intérieurement, et rempli d'une humeur de la même couleur.

(J.-B. Morgagni; *De sed. et caus. morb.*, *lib. III; de morbis ventri, epist. XXXIX, art.* 29, *pag.* 281 *et seq.*; traduct. de Désormeaux et Destouet.)

CINQUIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale dans la fosse iliaque droite, prise pour une hernie ombilicale étranglée; ouverture de la tumeur au dehors; mort. (Velpeau; *Méd. opérat.*, IIe vol., pag. 334.)

Une femme âgée de 42 ans, portant, depuis huit années, une omphalocèle, en proie à des symptômes d'étranglement, vint à l'hôpital de la Faculté, au mois de mars 1824, et y eût été soumise à l'opération, si on ne se fût pas aperçu qu'elle avait dans la fosse iliaque droite une tumeur profonde, dure et fort douloureuse. Cette tumeur s'ouvrit à l'extérieur et se vida par la suite. Une masse stercorale contenue dans le cœcum la constituait et avait évidemment causé la constipation, les vomissemens, etc.

SIXIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale à l'hypochondre gauche prise pour un calcul rénal, pour une maladie de la rate ; traitement par les lavemens émolliens et un laxatif ; guérison. (Fab. Hildani opera ; in-fol. , pag. 48.)

Un quadragénaire était tourmenté de douleurs atroces dans l'hypochondre gauche : quelques médecins les attribuèrent à un calcul du rein gauche ; d'autres pensaient qu'elles provenaient de la rate. Je fus appelé, dit Fab. Hildanus, et je ne vis qu'un arrêt de matières fécales et de flatuosités dans le colon, ce qui fut confirmé après. Le malade prit des lavemens émolliens ; des fomentations et onctions émollientes et anodines furent faites sur l'abdomen, et il rendit des excrémens excessivement durs et sanguinolens. Un purgatif fut administré et la guérison fut complète.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale dans la fosse iliaque droite, terminée par suppuration ; mort. (Recueillie dans le service M. Serre, en l'absence du professeur Delpech.) (1)

Pendant que je faisais le service comme chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier, il se trouvait à la salle Saint-Côme un jeune militaire, qui avait une tumeur à la fosse iliaque droite, ou plutôt au milieu de l'espace compris entre cette partie et l'ombilic. La peau qui recouvrait cette tumeur, rougit, s'enflamma, un abcès se forma, et M. Serre, qui voyait la possibilité d'une communication de l'abcès avec le gros intestin, s'était toujours refusé à l'ouvrir, malgré les instances réitérées du malade. Enfin, vaincu par ses prières, il y plongea une lancette : un pus fétide

(1) J'ai suivi le malade jour par jour ; mais n'ayant pas sous ma main les cahiers de mes observations et de mes notes, je ne puis donner tous les détails du fait.

s'écoula en grande quantité. Je maintins béante la petite ouverture, au moyen d'une mèche très-mince de charpie, et tous les matins au pansement, le malade, en pressant de tous côtés, faisait sortir une matière liquide, sanieuse, horriblement fétide, d'une couleur jaunâtre. Il maigrissait considérablement; il était chagrin, inquiet, très-exigeant, lorsqu'un jour il commit une imprudence, en prenant des alimens d'une difficile digestion, à la suite de laquelle il mourut.

Nécropsie. — Nous trouvâmes le cœcum adhérent aux parois abdominales. Un stylet introduit par l'ouverture extérieure, pénétrait directement dans la cavité de l'intestin; celui-ci était dilaté, il formait une vaste poche remplie d'une grande quantité de noyaux de cerises et de pruneaux; les tuniques qui le composent étaient gravement altérées; nous découvrîmes de larges ulcérations à la surface interne de la muqueuse.

HUITIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale ombilicale terminée par suppuration; mort. (Ex observ. Joh. Hesti, medici noriei. Copiée dans Bonet: Sepulcr. anat. de dolore colico, lib. III, sect. XIV, obs. XI, pag. 219, IIe vol.)

L'année 1564, l'épouse de N....., cachectique et d'une horreur insurmontable pour les remèdes, se plaignit, pendant quelques semaines, d'une douleur à l'ombilic, qui augmenta peu à peu, jusqu'à ce que, enfin, elle devint atroce et avec constipation. Des femmes crurent que c'était une affection de la matrice, *suffocationem uteri*, et y appliquèrent différens topiques. Wolfius fut appelé, lequel, croyant avoir affaire à la même maladie diagnostiquée par les femmes, prescrivit des fomentations sur l'utérus et appliqua quelquefois une ventouse sur l'ombilic; il lui fit prendre un lavement émollient avec le lait de chèvre, qui ne fit rien ou peu de chose. Le lendemain, la douleur ayant augmenté, une tumeur parut près de l'ombilic qui était proéminent, et avait des signes évidens de suppuration.

Le chirurgien qui visitait l'endroit, voulait appliquer un emplâtre maturatif, lorsque l'abcès s'ouvrit de lui-même; il en sortit trois livres

de pus mêlé avec des fèces d'une très-grande fétidité. La malade mourut dans cet état.

A l'ouverture du corps, les intestins grêles furent trouvés putréfiés.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale à l'hypochondre gauche ; formation d'un abcès ; sortie des excrémens par la plaie ; guérison. (Fab. Hildani opera, cent. 1, observ. 54, pag. 44, in-fol.)

Le mois d'octobre de l'année 1601, Nicod-Estopey, âgé de 50 ans, d'une constitution robuste, fut pris d'une colique très-aiguë, qui avait son siége spécial sous les fausses côtes du côté gauche, avec constipation. Comme le malade n'avait pas pris des remèdes convenables, et les matières stercorales, extrêmement endurcies, ne pouvant traverser le rétrécissement formé par la valvule iléo-cœcale, l'intestin s'était tuméfié dans ce point par l'accumulation des fèces, ce qui augmentait les douleurs et les tourmens. De là, une fièvre ardente et continue, des vomissemens même, des syncopes fréquentes, du délire. D'autres symptômes plus graves encore se déclarèrent, de manière à mettre sa vie en danger. L'inflammation du colon se termina par un abcès, d'où sortirent des excrémens et quelques lombricoïdes. Je fus appelé. Je trouvai le malade dans des angoisses extrêmes, puisque, outre les symptômes sus-mentionnés, les excrémens s'échappèrent par la plaie pendant deux mois. Au moyen des remèdes internes et externes, la douleur, la fièvre et tous les autres symptômes se calmèrent peu à peu ; de sorte que, en trois mois, par la grâce de Dieu, dit Hildanus, le malade fut parfaitement rétabli et guéri de sa fistule.

DIXIÈME OBSERVATION.

Tumeur stercorale à l'hypogastre ; sphacèle du colon ; mort. (Bonet ; Sepul., pag. 222, tom. II.)

Un particulier avait à l'hypogastre une tumeur très-dure ; il se plaignait de vives douleurs dans tout l'abdomen. Il mourut, et à l'autopsie Binninger dit qu'on trouva le colon sphacélé et distendu par des noyaux de prunes

et de cerises, et par quarante balles que le malade avait avalées pour se soulager.

A l'Hôtel-Dieu de Marseille, on trouva dans un cadavre 80 ou 90 balles de plomb qui avaient été avalées dans la même intention.

ONZIÈME OBSERVATION.

« Un enfant de 9 ans fut pris de convulsions intenses. En explorant son ventre, je trouvai de petites tumeurs inégales, bosselées, que je reconnus pour être dues à un amas de matière fécale; il était d'ailleurs constipé depuis huit jours. Les laxatifs en enlevant la cause, firent complétement cesser les convulsions. » (Andral; *Cours de Pathol. interne*, t. III, p. 282 et 283.)

CAUSES DES TUMEURS STERCORALES.

Les causes de la maladie qui nous occupe, peuvent siéger : 1° dans les intestins eux-mêmes ; 2° dans les matériaux qui les parcourent; 3° dans les parties environnantes. Toutes ces manières d'agir se réduisent à obstruer complétement, ou à diminuer plus ou moins le calibre des intestins. Lorsque la cause existe dans les intestins, ceux-ci, ou bien présentent un vice de conformation, ou bien une altération de texture, ou un dérangement de fonction. Les matériaux qui les traversent, ainsi que les parties environnantes, peuvent occasioner de diverses manières la formation des tumeurs stercorales. Nous nous bornons à cette simple indication, et nous tâcherons, s'il le faut, de donner à nos idées les développemens nécessaires.

SYMPTOMATOLOGIE.

Pour suivre avec ordre et méthode les symptômes des tumeurs stercorales, commençons par étudier ceux de la tumeur elle-même d'abord, afin qu'en les rapprochant des symptômes généraux, s'il s'en présente, il nous soit plus facile d'établir un diagnostic sûr et exempt d'erreurs, autant que possible. Nous supposerons la maladie aussi simple qu'elle puisse être, et dégagée de toutes les circonstances qui peuvent obscurcir son diagnostic ; ensuite nous dirons un mot des complications qui peuvent l'accompagner.

Situation. — Il n'y a qu'à parcourir les observations qui précèdent, pour se convaincre que les tumeurs stercorales n'occupent pas toujours la même région de l'abdomen. Ainsi, tantôt on les voit à la fosse iliaque gauche (*Observation I*), tantôt on les trouve autour de l'ombilic (*Observations III, V, VIII, etc.*).

Pourtant, vu l'obstacle que, dans quelques circonstances, peut opposer à la marche des matières fécales la présence de la valvule iléo-cœcale, comme le fait remarquer Fab. de Hilden, et en se rappelant la disposition de l'S iliaque du colon dans la fosse iliaque gauche, on pourrait présumer, *à priori*, qu'elles doivent se trouver de préférence dans ces deux régions. On conçoit même que les intestins, énormément distendus, puissent changer plus ou moins de place, par suite d'un tiraillement long-temps prolongé, et surtout d'après la laxité des replis mésentériques que leur forme le péritoine, et celle du tissu cellulaire qui les maintient adhérens aux parois postérieures de la cavité abdominale. Il faut faire attention aussi à la durée de la maladie.

Forme. — Si les matières qui constituent les tumeurs stercorales se moulaient toujours parfaitement aux bosselures du gros intestin, elles devraient affecter leur forme. Mais les parois abdominales, surtout si elles sont très-graisseuses, comme nous le voyons souvent chez les femmes, et mille autres circonstances, peuvent empêcher de l'apprécier d'une manière exacte. Parfois, elles sont bosselées, quand elles dépendent des adhérences des intestins entre eux, ainsi qu'on peut le voir dans la *troisième Observation.* On ne doit pas se contenter, dans des cas de ce genre, d'examiner la tumeur; il faut aussi examiner la partie qui est au-dessus du point intestinal où elle existe; car bien souvent alors on sent, d'une manière nette et distincte, bon nombre de corps durs, arrondis, placés à distance les uns des autres, en forme de chapelet: je pus l'observer chez mon premier malade. En un mot, la forme des tumeurs stercorales doit être en général arrondie, peu saillante à l'extérieur, à base élargie, et affectant plus ou moins la direction du gros intestin.

Volume. — Il doit varier suivant une foule de circonstances: ainsi, une tumeur stercorale qui ne date que de quelques jours, offrira un volume bien moindre que celle qui, par son ancienneté, a provoqué l'accu-

mulation des matières, et d'autant plus que le malade aura été moins privé d'alimens, de boissons, et qu'il aura moins rendu du résidu par le bas. D'un autre côté, il est difficile de poser d'autres limites au volume de ces tumeurs, que celles de l'intestin lui-même; c'est-à-dire que les tuniques intestinales n'étant pas extensives à l'infini, il doit arriver un moment où elles se déchirent comme dans quelques-uns des faits que nous avons cités; c'est là le terme du plus grand volume d'une tumeur stercorale. Un changement de volume, non-seulement d'un jour à l'autre, mais aussi d'un instant à l'autre, peut facilement exister : je m'explique ces changemens de volume par l'introduction d'alimens et l'ingestion de liquides, soit par le haut, soit par le bas, et surtout par le dégagement de gaz, favorisé par la présence des matières fécales elles-mêmes.

On peut s'expliquer l'apparition subite de la tumeur du malade (*Observation I*), de la manière suivante :

Cet homme était constipé depuis neuf ou dix jours, d'où nous pouvons légitimement déduire qu'il existait des matières fécales, et je pense même que c'était leur présence qui occasionait les coliques dont il souffrait. Or, qu'est-il arrivé dès qu'il eut commis l'imprudence de prendre, dans un court espace de temps, les alimens dont nous avons parlé? Le voici : L'intestin grêle, excité, irrité par la présence de ces alimens, s'est livré à des contractions péristaltiques, qui, s'étendant de proche en proche, sont parvenues jusqu'au gros intestin : là, de deux choses l'une, ou bien les crottins y étaient déjà ramassés et n'ont été qu'augmentés par la présence des alimens mal digérés; ou bien, existant éparpillés, répandus dans tout le trajet du cœcum et du colon, ils se sont ramassés dans un point jusqu'à donner naissance à la tumeur qui n'existait pas la veille, ou plutôt qui pouvait très-bien exister sans faire saillie au dehors; de telle sorte que ni le malade ni le médecin n'avaient pu en avoir connaissance.

La tumeur peut diminuer de volume de diverses manières : ainsi, par exemple, il peut arriver que sa circonférence qui est en rapport immédiat avec la muqueuse de l'intestin, se ramollisse par un motif quelconque, se détache du reste de la tumeur et soit excrétée; ou bien encore, il peut se former une espèce de canal au centre de la masse stercorale, qui donne passage à des matières liquides surtout, comme M. Roux en cite un exemple;

enfin, les lavemens qui ne sont pas rendus par les malades affectés de tumeurs stercorales, peuvent aussi augmenter le volume de la tumeur, comme j'ai pu m'en convaincre par le fait que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Elle diminue, lorsque le malade va à la selle.

Consistance. — Elle sera plus ou moins forte, suivant la dureté des matières qui formeront la tumeur, et la plus ou moins grande quantité des liquides et des gaz qu'elle contiendra; mais, généralement parlant, on peut dire qu'elle doit être assez considérable, puisque des observateurs exacts et judicieux ont pu croire les uns au squirrhe, les autres au pancréas. (*Obs. Morgagni, n°* 3.)

La couleur de la peau qui recouvre les tumeurs stercorales, est en général la même que partout ailleurs, comme nous l'avons vu dans quelques-unes de nos observations; pourtant, lorsqu'elle vient à s'abcéder, on conçoit facilement la cause de sa rougeur: c'est qu'il n'y a pas seulement alors tumeur fécale, mais bien abcès, ce qui rentre déjà dans les complications dont nous allons nous occuper bientôt.

Percussion. — Grâce aux travaux les plus récens, la percussion n'est plus bornée, comme dans un temps, aux recherches et à l'étude des maladies des organes thoraciques; elle est aussi un moyen précieux d'investigation dans un grand nombre d'autres maladies. La percussion médiate surtout, soit avec le plessimètre de M. Piorry, soit avec un doigt, une plaque en bois, etc., peut nous éclaircir beaucoup sur la nature des tumeurs dont nous traitons. Pour tirer tout le fruit possible de la percussion médiate abdominale, dit M. Roche, en citant M. Piorry, article *Tumeur stercorale*, dans le dernier volume du *Dictionnaire de médecine et de chirurg. prat.* en 15 vol., il va sans dire qu'il faut bien connaître la disposition et les rapports anatomiques des viscères qui y sont contenus; et nous ne faisons pas, à nos lecteurs, l'injure de les leur rappeler. Mais, il importe aussi de savoir quels résultats donne la percussion de l'abdomen dans l'état normal, et ceci nous ne pouvons le passer sous silence. Dans l'état normal donc, la percussion donne un son tympanique tout autour de l'ombilic, région occupée par les intestins grêles, qui ne contiennent que des matières peu consistantes et des gaz; le cas est encore à peu près le même dans la région iliaque droite, à cause de la présence du cœcum habituelle-

ment rempli de gaz ; il est ordinairement plus obscur, mais rarement tout-à-fait mat, dans la fosse iliaque gauche, occupée par l'S du colon qui contient toujours une certaine quantité de matières fécales; enfin, la percussion est plus ou moins sonore dans tout le trajet du colon, suivant la quantité des matières qui y sont contenues : en général, le son est le même que celui de la fosse iliaque gauche. Quand les gros intestins contiennent des matières liquides et du gaz, ils donnent un bruit spécial, dont on se formera une idée, en se représentant le gargouillement au plus faible degré possible, et auquel M. Piorry a donné le nom d'*humorique*.

C'est donc la matité qui indique l'existence de matières fécales dans une tumeur dont on veut déterminer, signaler la nature.

Quoiqu'il soit vrai, généralement parlant, que les tumeurs fécales donnent la sensation d'un son mat et obscur, dans une étendue qui sera en rapport avec la quantité des matières arrêtées, il ne faudrait pas déduire de son absence une raison contre la nature stercorale d'une tumeur ; puisque, comme nous l'avons déjà fait observer, des gaz pouvant s'y développer d'un moment à l'autre, le son pourrait être aussi sonore qu'un tambour, sans que la maladie cessât d'être la même (1).

On connaîtra aussi si on a affaire à une tumeur stercorale, par les symptômes suivans : en général et surtout au début de la maladie, elle est insensible à la pression, laquelle presque toujours détermine l'expulsion de gaz (*Observations I, III, etc.*); elle est plus ou moins mobile suivant les circonstances; elle est rénitente, spécialement lorsqu'elle contient des liquides et encore plus des gaz; elle est au-dessous des parois abdominales, et non dans leur épaisseur. En voilà assez pour l'étude de la tumeur elle-même, l'étude locale, pour ainsi dire ; voyons maintenant les symptômes généraux auxquels elle donne naissance. Je conçois la possibilité de porter une tumeur stercorale peu ancienne, sans que le malade s'en aperçoive; mais, en général, les choses ne se passent pas ainsi. En effet, les matières stercorales endurcies ne peuvent pas séjourner pendant long-temps dans un même point du canal intestinal, sans y déterminer une espèce de pesanteur

---

(1) Je renvoie à l'ouvrage de M. Piorry : *De la percussion médiate, et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau mode d'exploration.*

ou d'embarras d'abord, puis de la douleur qui amène à son tour une irritation, laquelle peut retentir plus ou moins dans tout le reste de l'organisme: de là, une céphalalgie plus ou moins intense, qui peut aller même jusqu'au délire; des nausées et des vomissemens éclatent; ils sont parfois si opiniâtres, que les malades ne peuvent rien prendre sans le rejeter tout de suite; des flatuosités les tourmentent; enfin, la constipation, suite immédiate de ces sortes de tumeurs, est opiniâtre, presque invincible: toutes les fois que le malade a le bonheur d'aller à la selle, il éprouve un soulagement très-remarquable (*Observations I et III*).

Nous avons vu dans l'observation du professeur Andral, des convulsions intenses se développer sous leur influence.

Peut-on trouver une tumeur stercorale avec diarrhée? Oui.

Lorsque vous avez des doutes sur la nature d'une tumeur placée dans quelqu'une des régions abdominales, ne manquez pas de demander au malade s'il est constipé, et s'il l'est habituellement; observez bien, s'il y en a, les matières rendues par le bas à la suite des lavemens; voyez si elles sont dures, pelotonnées, globuleuses, comme des cybales ou des crottins; informez-vous de l'état du malade après une évacuation, si celle-ci a lieu; et s'il éprouve un mieux considérable, conjointement avec tous les autres caractères, ce sont déjà de très-fortes présomptions pour prononcer que la nature de la tumeur est stercorale, surtout si elle est dure, empâtée, si elle s'est développée depuis peu de temps, sans symptômes inflammatoires précédens.

Enfin, lorsque la tumeur persiste sans éprouver aucune diminution, lorsque le malade ne peut rien évacuer, et que, par conséquent, l'arrêt des matières fécales est complet, alors on voit se déclarer tout l'appareil formidable des symptômes qui accompagnent, soit une hernie étranglée, soit un *volvulus:* le ventre se météorise; le vomissement de matières fécales ou de quelque chose d'analogue a lieu; les douleurs deviennent atroces, etc.

Les symptômes généraux varieront aussi, suivant l'endroit que la tumeur occupera. Ainsi, on a vu des pesanteurs aux membres abdominaux, même une névralgie sciatique, être la conséquence d'une tumeur stercorale énorme et fort endurcie, développée dans le rectum, qui comprimait le plexus sacré qui donne naissance à ce gros nerf (Piorry). On a vu aussi

des douleurs qui parcouraient le trajet des uretères jusqu'à la vessie, avec rétraction du testicule correspondant, être la suite d'une masse stercorale comprimant un de ces conduits urinaires (Ducos) ; un œdème d'un membre inférieur résultant de la compression d'une tumeur stercorale sur la veine iliaque correspondante ou hypogastrique (Sabatier); comprimer les nerfs lombaires et produire un lumbago; peser sur l'utérus et l'abaisser ou le dévier, et faire naître des symptômes propres à ces déplacemens ; comprimer, enfin, l'une des artères iliaques et peut-être même l'aorte, et développer des accidens, des congestions cérébrales, spécialement chez les vieillards.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous arrivons à la partie la plus essentielle et la plus difficile de notre travail. Reconnaître une tumeur stercorale toutes les fois qu'elle existe, ne pas la confondre avec aucune autre tumeur, de quelque nature qu'elle soit; séparer, analyser, anatomiser ses signes caractéristiques, quand elle en est accompagnée, de façon à n'attribuer à deux tumeurs de nature différente que ce qui appartient à chacune, voilà ma tâche ; *car vraiment, il y a de quoi frémir, en voyant que des chirurgiens ont voulu plonger des instrumens dans des tumeurs stercorales qui ont été guéries par l'huile de ricin.*

Du reste, mon intention n'est pas de parcourir, dans ce moment-ci, toutes les espèces de tumeurs qui peuvent se développer, soit dans les parois abdominales, soit dans l'intérieur de leur cavité. Je me contenterai donc de passer en revue les maladies avec lesquelles on les a le plus souvent confondues; telles, par exemple, que des douleurs néphrétiques, des abcès, des squirrhes, des épanchemens partiels du péritoine. Combien de fois n'a-t-on pas confondu les douleurs néphrétiques avec une tumeur stercorale!

Et ceci, dit Forestus, dans le livre XXI, observat. III, à l'Scholion: *De intestinorum affectu. Non solùm vulgares, verùm etiam peritissimi medici decipi solent ; adeò difficilis est ab initio horum affectuum distinctio. Quemadmodum et ipse Galenus deceptus fuit qui cùm crederet, se à calculo ureterum impuncto dolore*

affici, injecto sibi rutaceo oleo, gravissimo cum dolore excrevit humorem vitreum (à Praxagorâ sic appellatum) : *statìmque dolore sedato cognovit, neque lapidem fuisse causam, neque in ureteribus aut renibus locum fuisse affectum, sed in intestinis potiùs, præcipuè verò crassioribus.*

Parcourons rapidement les caractères qui sont propres à ces deux maladies. Et d'abord, dans les maladies des reins, il y a rarement tumeur à la partie antérieure de l'abdomen, tandis que, dans l'autre, c'est dans la tumeur que consiste la maladie, au moins sous le point de vue que nous l'envisageons. Pourtant un rein hypertrophié pourrait-il en imposer et venir proéminer à la partie antérieure de l'abdomen ? Dans les maladies des reins, la douleur est plus profonde, plus fixe aux lombes, plus tenace et plus aiguë que dans la tumeur stercorale; dans celle-ci la constipation est bien plus opiniâtre et plus difficile à vaincre que dans les douleurs néphrétiques ; les vomissemens sont plus fréquens, surtout après l'ingestion de quelques alimens ; ensuite, dès qu'on peut provoquer des évacuations alvines, soit avec des lavemens, soit avec des purgatifs, il y a diminution de la douleur (*Observations I, II, III, etc.*), ce qui n'arrive dans aucune maladie des reins, la néphrite calculeuse, par exemple. Dans celle-ci, les émissions des urines sont très-douloureuses ; il y a même parfois suppression complète, soit de la sécrétion, soit de l'excrétion de ce liquide essentiellement excrémentitiel; la nature même des urines est changée, tantôt sablonneuses, tantôt sanguinolentes, charriant avec elles, soit de petits graviers, soit des calculs plus ou moins volumineux. Dans les maladies des organes sécréteurs de l'urine, la douleur suit le trajet des uretères, ce qui n'a pas lieu dans les douleurs résultant des tumeurs stercorales, sauf complication.

Comment ferons-nous pour distinguer une tumeur stercorale d'un abcès quelconque ? Bien entendu que je parle ici des tumeurs stercorales simples, qui n'ont pas une tendance à se terminer par suppuration. D'abord, il serait très-difficile, ce me semble, de confondre une pareille tumeur avec un abcès phlegmoneux, développé dans l'épaisseur même des parois abdominales. La douleur intense, le peu de profondeur de l'abcès,

la rougeur de la peau, la chaleur, etc., etc., seraient, je pense, des indices plus que suffisans pour ne pas se laisser induire en erreur.

Mais, s'il s'agissait d'un abcès froid, d'un abcès symptomatique ou par congestion, ou bien d'un psoïtis chronique, de masses tuberculeuses qui se ramollissent et qui viennent s'ouvrir parfois dans une des deux fosses iliaques externes; en pareil cas, les circonstances anamnestiques ou commémoratives et les symptômes actuels éclaireraient le praticien. Ainsi, les douleurs que le malade aurait ressenties au dos, dans le cas d'un abcès provenant d'une carie des vertèbres; l'impossibilité de marcher, et la flexion sur le bassin du membre correspondant au côté affecté dans un psoïtis; le tempérament lymphatique et quelquefois la difformité dans la fonte des masses tuberculeuses; la diminution et parfois même la disparition complète de la tumeur dans tous les cas supposés, lorsque le malade affecte certaines positions; la fluctuation manifeste, constante, qui est excessivement rare dans les tumeurs stercorales; le défaut d'empâtement et surtout l'absence de constipation, de vomissemens, de flatuosités, etc.; voilà, je crois, assez de symptômes ou de caractères pour distinguer un abcès quelconque d'une tumeur stercorale. Ajoutez à tout cela que tous ces abcès viennent faire saillie presque toujours aux aines et très-rarement ailleurs.

Quels sont les caractères qui distingueront une tumeur stercorale d'une masse squirrheuse, cancéreuse, contenue dans l'enceinte de la cavité abdominale? Une pareille masse ne se développe pas de la nuit au lendemain, comme il est arrivé parfois aux tumeurs stercorales. (Voy. *Observation I*, et un autre cas fort intéressant, rapporté par Bonet, *De dolore colico.*) Ensuite, le malade ressent ces douleurs lancinantes qui sont particulières à ces affections. Elles ne varient pas, comme dans les tumeurs fécales, dans lesquelles, lorsqu'elles existent, ce n'est qu'après long-temps qu'on peut s'en apercevoir. Le malade n'en est pas soulagé à la suite des évacuations alvines, comme il arrive dans les masses stercorales. La constipation, les vomissemens n'y sont pas si opiniâtres, parfois même ils n'existent pas du tout, etc., etc. L'état général du malade présente aussi le cachet d'une affection cancéreuse : dépérissement graduel; couleur jaune-paille dans toute l'habitude extérieure, etc.

Dans un épanchement partiel, circonscrit du péritoine, le malade aura

commencé par souffrir dans un point quelconque de l'abdomen ; des symptômes généraux plus ou moins alarmans auront éclaté : la matité ne sera pas si considérable que dans les tumeurs fécales ; il n'y aura point d'empâtement ; la fluctuation sera toujours manifeste, toujours constante ; ni la constipation ni les vomissemens n'existeront pas, du moins comme conséquence de l'épanchement, etc.

Maintenant, il peut arriver que la tumeur stercorale ne soit pas aussi simple que je viens de le supposer. En effet, diverses maladies peuvent la compliquer, de manière à en rendre son diagnostic de plus en plus difficile. Ainsi, une tumeur squirrheuse, cancéreuse, diverses espèces d'abcès, le carreau même, une néphrite, peuvent exister simultanément avec une tumeur fécale, et lui donner même naissance, en comprimant un point quelconque du gros intestin, et en arrêtant le cours des matières fécales, comme les auteurs en citent des exemples. Mais, dans des cas si épineux, c'est à l'observation exacte de tous les phénomènes morbides qui ont lieu, de tous les antécédens, à un examen long et très-détaillé de la vie antérieure du malade, de ses habitudes, des maladies auxquelles il a été exposé, de l'ancienneté de la maladie, au rapprochement, à l'analogie des autres cas que le médecin a vus, etc., que le praticien doit se confier : qu'il ne diagnostique surtout qu'après une longue et mûre réflexion, pour ne pas compromettre sa réputation.

PRONOSTIC.

Il est différent, suivant la cause qui a produit la tumeur stercorale. Ainsi, une masse de matières fécales qui dépend de la présence d'un corps étranger ou de tout autre obstacle qui obstrue complétement la cavité intestinale, et surtout si cet obstacle mécanique existe assez loin dans les intestins, pour le rendre inaccessible à la main du chirurgien ; alors on conçoit la gravité du pronostic. Au contraire, si la tumeur stercorale ne date que de quelques jours, ou quand même elle serait ancienne, si elle n'était que la suite d'un arrêt de matières fécales trop endurcies, ou qui ne pourraient glisser, faute de mucosités intestinales ou d'une inertie passagère des membranes des intestins, ou de tout autre accident facile à

faire disparaître, on peut prévoir que le pronostic ne doit avoir rien d'alarmant. Les symptômes généraux influencent d'une manière évidente, la nature du pronostic, de même que les complications plus ou moins nombreuses, plus ou moins fâcheuses qui peuvent accompagner ces sortes de tumeurs.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche et la durée des tumeurs stercorales n'ont rien de constant. Nous les avons vues, dans quelques-unes de nos observations, rester stationnaires, tandis que, dans d'autres, tantôt elles ont augmenté tantôt diminué de volume, selon mille circonstances. Elles ont développé ou non développé des symptômes généraux au commencement, quoique, à la fin, toutes en général aient retenti plus ou moins dans toute l'économie. Quant à leur durée, elle peut varier de quelques jours à quelques mois et même de quelques années. (Voy. *nos Observations.*)

Quelle est la terminaison des tumeurs stercorales? Le plus souvent elles guérissent, surtout lorsqu'il n'y a qu'une constipation portée à son plus haut degré. Quoique la plupart des observations que nous avons citées se soient terminées d'une manière funeste, il ne faudrait rien en conclure de là, puisque mon principal but était de présenter des exemples de tumeurs stercorales méconnues, faussement diagnostiquées; ce qui, on le prévoit, doit influencer d'une manière directe et très-prochaine sur leur issue.

Nous avons vu aussi qu'elles peuvent se terminer par un abcès au dehors, par une rupture de l'intestin, qui amène, la plupart du temps, un épanchement presque inévitablement mortel, par gangrène, par péritonite, etc.

TRAITEMENT.

Je ne dirai que deux mots sur le traitement des tumeurs stercorales.

Évacuer les matières accumulées, telle est l'indication la plus pressante qui doit occuper le médecin.

Ad umbilicos verò proeminentes, dit Celse, liv. VI, chap. VIII, *ne manu ferroque utendum sit, antè tentandum est, ut absti-*

neant, alvus his ducatur, imponatur super umbilicum id quod ex his constat. Suit une formule pour un emplâtre résolutif : *Hoc dictum impositum esse oportet, et interim conquiescere hominem, cibo modico uti, sic ut vitentur omnia inflantia.*

Le praticien doit modifier sa thérapeutique suivant la cause qui a donné lieu à la tumeur stercorale. Enlever l'obstacle mécanique, si faire se peut, quand il en existe un qui s'oppose au libre cours des matières fécales, est la première chose qu'il doit faire; car, il est clair que tant que la cause persistera, l'effet doit persister aussi. La tumeur stercorale n'est-elle que le résultat d'un défaut de contractilité intestinale, d'une inertie momentanée des tuniques qui composent les intestins, de trop de sècheresse du canal digestif à sa partie inférieure, ou de causes pareilles, alors les lavemens émolliens ou purgatifs, les potions minoratives, purgatives ou drastiques portées dans l'estomac, ou l'huile de croton-tiglium en frictions sur l'épigastre en cas de vomissemens, etc., triompheront facilement de la maladie. A tout cela, on ajoutera les boissons délayantes, les bains, un léger exercice, de manière à ne pas trop transpirer, une diète plus ou moins sévère, etc. On remédiera aux symptômes généraux, suivant leur nature, le tempérament de l'individu, et mille autres circonstances auxquelles un praticien éclairé doit faire attention, n'oubliant jamais qu'il traite des malades et non des maladies. (M. Lallemand, *Leçons orales.*)

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL,	*Anatomie.*
DUGÈS, Président.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfans.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, *Examinateur.*	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Suppléant.*	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER
KÜHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinateur.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Suppléant.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinateur.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfans l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicamens, Pharmacie.*

2me Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3me Examen. *Pathologie interne et externe.*

4me Examen. *Matière médicale, Médecine légale, Hygiène, Thérapeutique, épreuve écrite en français.*

5me Examen. *Clinique interne et externe, Accouchemens, épreuve écrite en latin, épreuve au lit du malade.*

6me Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*